

36
DOCTEUR EDMOND THEILLIER

De la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien assistant de l'Hôpital Saint-Joseph

Ancien Interne des Hôpitaux

Aide d'Anatomie pr. à la Faculté

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement des Occlusions intestinales

après Appendicectomie



PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1928

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

**Traitement des Occlusions intestinales
après Appendicectomie**

DOCTEUR EDMOND THEILLIER

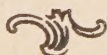
De la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien assistant de l'Hôpital Saint-Joseph

Ancien Interne des Hôpitaux

Aide d'Anatomie pr. à la Faculté

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
traitement des Occlusions intestinales
après Appendicectomie



PARIS
LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

—
1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

En témoignage de ma très grande
reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Professeur de Clinique gynécologique

Commandeur de la Légion d'honneur

A MON ONCLE ET MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

Chevalier de la Légion d'honneur

J'unis ces deux maîtres dans un même
sentiment de profonde admiration et
d'inaltérable attachement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEURET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE

MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL HALLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

Internat provisoire

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MATHIEU

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESCOMPS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCC

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIMBELLOT

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAINE

MONSIEUR LE DOCTEUR MADIER

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLANDRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAURENCE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBET

Qui nous ont prodigué tant de marques
de bienveillance.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES OCCLUSIONS INTESTINALES
APRÈS APPENDICECTOMIE

INTRODUCTION

Au cours de récentes séances à la Société Nationale de Chirurgie, a été remis en discussion le problème du traitement des accidents occlusifs après appendicectomie et quelques observations, particulièrement intéressantes, nous ont paru apporter à l'étude de la question une importante contribution.

A cette occasion, et sur le conseil de notre maître, M. LEURET, qui a bien voulu nous remettre ses observations personnelles, nous avons recherché un certain nombre d'observations, dont la plupart ont été publiées dans les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie.

A leur étude, il nous est apparu que si la pathogénie, la date d'apparition et la traduction clinique de ces accidents étaient, à l'heure actuelle, parfaitement connues, l'accord ne paraissait pas entièrement réalisé sur les modalités du traitement.

Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant, sans tenter de faire une analyse complète de tout ce qui a pu être publié sur la question, de rechercher l'origine de ces divergences et d'exposer les réflexions qu'elles ont pu nous suggérer.

DIVISION

Avant d'entreprendre l'étude du traitement de l'occlusion post-appendiculaire, il nous paraît indispensable de rappeler brièvement la date d'apparition des accidents et les principaux aspects sous lesquels ils peuvent se révéler.

Après M. MARION (*Revue générale de la Gazette des Hôpitaux* de 1900), M. LENORMANT (*Presse Médicale* du 24 juin 1911) et avec M. MATHIEU (*Bulletins de la Société de Chirurgie* du 12 mars 1924), nous rappellerons que l'occlusion intestinale, au cours de l'appendicite, peut apparaître :

1° *Au cours de la crise*, dont elle constitue une forme de début ; relevant alors d'une parésie intestinale, constituant un véritable iléus paralytique ; plus tardivement, elle pourra être sous la dépendance, soit d'adhérences avec coudures des anses, soit d'un volvulus d'une anse adhérente ;

2° Après l'intervention, elle peut réaliser les deux types classiques :

a) *Occlusion précoce*, survenant dans la première semaine, et sous la dépendance : soit d'une parésie péritonitique, soit d'un élément mécanique surajouté (péritonite agglutinative), soit d'un abcès.

Pratiquement, et nous aurons l'occasion d'y revenir, ces deux éléments : parétique et mécanique, semblent s'intriquer fréquemment, et à la lecture des observations,

il nous a paru que là résidait la véritable difficulté du problème thérapeutique et peut-être l'origine des discussions sur la modalité du traitement.

b) *Occlusions tardives*, presque toujours conditionnées par une bride étranglant l'iléon terminal ; parfois, encore sous la dépendance d'adhérences, de lésions de péritonite adhésive, ou d'un volvulus autour d'une adhérence ; exceptionnellement, enfin, succédant à une compression par tumeur inflammatoire ou à une sténose cicatricielle iléo-cœcale.

Rappelons que la date d'apparition de ces accidents retardés ou tardifs est très variable : le plus grand nombre se situe entre le 10^e et le 30^e jour, mais il n'est pas rare de le rencontrer après deux ou trois mois, après des années même, et nous citerons le cas de M. MOUCHET, après 14 ans, celui de M. LARDENNOIS, après 25 ans.

Au point de vue thérapeutique, il nous semble que ces trois types principaux peuvent être ramenés à deux et nous envisagerons essentiellement, au cours de cette étude, le traitement :

Des occlusions précoces, contemporaines de la crise, ou apparaissant dans les jours qui suivent l'intervention ;

Des occlusions retardées ou tardives.

Auparavant, il nous paraît inutile de consacrer un chapitre de ce travail au traitement prophylactique, qui, s'il est impuissant dans certains cas à éviter l'apparition de ce redoutable accident qu'est l'occlusion post-appendiculaire, est cependant capable, systématiquement appliqué, d'en diminuer la fréquence.

Traitement prophylactique

PRÉCAUTIONS A OBSERVER AU COURS DE L'INTERVENTION

I. — Prévenir la péritonite appendiculaire par une intervention précoce

« Le véritable traitement de ces accidents, écrit M. LENORMANT dans la *Presse Médicale* de 1911, doit être prophylactique et consiste dans l'opération précoce de toutes les appendicites. »

Le fait n'est pas discutable, et l'intervention précoce est seule capable de prévenir ces altérations de la séreuse péritonéale et du tablier épiploïque, origine ultérieure de brides et de formations agglutinatives.

« Mais on sait, ajoute M. LENORMANT, quelles difficultés rencontre en pratique l'application systématique de cette méthode : le nombre des appendicites opérées dans les quarante-huit premières heures est minime, et il est vraisemblable que les chirurgiens continueront longtemps encore à voir l'occlusion d'origine appendiculaire. »

Il est juste d'ajouter que la crise appendiculaire pose dans certains cas (nous en avons un bel exemple dans l'observation 7) un problème diagnostic si difficile que l'intervention s'en trouvera fatalement différée.

Il n'est pas exceptionnel enfin d'observer l'apparition d'accidents occlusifs même après appendicectomie très précoce ; dans l'observation 5, nous voyons l'intervention pratiquée à la 12^e heure, et suivie cependant de ces accidents ; dans les observations 3 et 20, l'occlusion succède à une intervention pratiquée à la 20^e heure.

II. — Observer une technique rigoureuse

Dans un grand nombre de cas cependant, l'intervention précoce mettra le malade à l'abri des accidents occlusifs ; il n'en reste pas moins que ceux-ci ont pu être observés au cours d'appendicectomies à froid.

C'est dire la nécessité, point qui n'est d'ailleurs plus discuté aujourd'hui, d'éviter au cours de l'intervention toute irritation chimique ou physique du péritoine.

a) *Au cours de la recherche de l'appendice* : réduire au minimum la manipulation des anses et des mésos, leur éviter, par une protection soigneuse, tout contact avec la peau iodée ; en cas d'extériorisation nécessaire, les faire reposer sur un lit de compresses.

b) *Ligature soigneuse du moignon* : MM. HUGUIER et LANOS ont insisté sur ce point (Société des Chirurgiens de Paris, 1924) et nous avons vu M. LARDENNOIS attacher toujours une extrême importance à ce temps opératoire.

c) *Enfouissement du moignon, toutes les fois qu'il est possible* : soit sous le péritoine cœcal, soit par le procédé de la collerette, que nous a enseigné notre maître, M. LEURET.

L'absence d'enfouissement est rendue responsable des accidents occlusifs dans les observations 28 et 29 : étranglement du grêle sous une bride partant du moignon encore visible lors de la réintervention (observation 28) ou adhérence du grêle à la paroi cœcale, exactement au point où a été sectionné l'appendice (observation 29). Dans l'observation 5, la coudure du grêle est également due à une bride partant du moignon appendiculaire et fixée, d'autre part, sur le mésentère.

Est-ce à dire qu'il faille à tout prix pratiquer l'enfouissement ? Nous ne le croyons pas, et suivant l'enseignement de nos maîtres dans les hôpitaux, nous dirons : enfouissement chaque fois qu'il est possible sans difficultés ; pas d'enfouissement en cas d'altérations péritonéales trop intenses, ou si les parois du cœcum, cartonnées, risquent de couper sous le fil, ou si enfin, de par les dispositions anatomiques, le moignon appendiculaire doit spontanément se rétracter profondément derrière le bas-fond cœcal.

Nous rappellerons également que la mise en place de drains et de mèches, dont nous ne contestons d'ailleurs nullement l'utilité, jouera un rôle incontestable dans la production d'adhérences ultérieures et que tout opéré drainé devra être l'objet d'une surveillance particulièrement rigoureuse.

Si nous avons ouvert enfin ce chapitre du traitement prophylactique, c'est moins pour rappeler quelques notions à peu près universellement admises aujourd'hui que la nécessité de ne pas borner l'acte opératoire à l'ablation de l'appendice malade, mais de le compléter par une recherche systématique des adhérences qui, déjà, peuvent être en voie de formation.

C'est le conseil que donnait WALTHER (XXIV^e Congrès français de Chirurgie).

M. LARDENNOIS y insiste particulièrement : étudiant le siège habituel, au niveau de la dernière anse iléale, de l'occlusion post-appendiculaire, il déclare : « Je m'impose comme règle d'examiner toujours les vingt derniers centimètres du grêle et de libérer prudemment et méthodiquement les adhérences qui peuvent s'y rencontrer.

« J'ai trouvé plusieurs fois des brides ou des pelotonnements d'anses adhérentes qui auraient pu troubler le transit intestinal. J'ai la conviction d'avoir ainsi évité de réels dangers à ces opérés. » (Séance de la Société de Chirurgie du 12 mars 1924).

M. AUVRAY approuve cette manière de faire. « Le temps écoulé, dit-il (séance de la Société de Chirurgie du 19 mars 1924), entre l'appendicectomie et l'apparition des premiers accidents d'occlusion, est souvent trop court et les adhérences trop serrées, trop organisées, pour ne pas admettre qu'elles étaient au moins amorcées avant l'appendicectomie. » Et il insiste sur l'utilité de libérer également les brides péricœcales et péricoliques.

Traitement des occlusions précoces

Malgré une intervention même très précoce, et en dépit de toutes les précautions prises au cours de l'opération et de tous les soins post-opératoires, la réaction péritonéale pourra, et surtout dans les formes d'appendicite grave, gangréneuse, et davantage peut-être dans les formes pelviennes (M. MATHIEU, Société de Chirurgie du 12 mars 1924) persister quelque temps et engendrer, par formation d'adhérences et de brides, l'apparition de phénomènes occlusifs précoces.

La question du traitement de ces accidents a soulevé, durant ces dernières années, à la Société de Chirurgie de Paris en particulier, de nombreuses discussions.

Discussions qui ont repris au cours des dernières séances, à l'occasion d'un rapport de M. LARDENNOIS, sur une observation de M. MAISONNET, et de M. LABEY, sur un cas de M. BARANGER.

Deux problèmes, en réalité, se posent dans ces cas d'occlusion précoce :

Il faut reconnaître, et précocement, l'existence d'une occlusion.

Il faut déterminer la conduite à tenir.

DIAGNOSTIC DE L'OCCLUSION

Dans certains cas, c'est chose relativement aisée : il s'agit d'un malade, opéré dans les premières heures de

la crise, avant toute réaction péritonéale importante ; l'amélioration a été progressive depuis l'intervention ; souvent, déjà, ont eu lieu des émissions gazeuses, parfois même une selle a été obtenue.

Puis des phénomènes douloureux à type de coliques apparaissent, progressivement, parfois un vomissement, tandis que s'installe un arrêt des gaz. La température est normale, le pouls un peu accéléré.

Le diagnostic alors ne tarde pas à s'imposer : une occlusion intestinale est en voie de constitution. La décision s'impose d'urgence.

Les observations 4, 8, 15, semblent nous mettre en présence de cas où, après amélioration post-opératoire manifeste, la reprise des phénomènes douloureux ne pouvait être mise que sur le compte d'accidents d'occlusion.

Mais, bien souvent, la difficulté est beaucoup plus grande : malade opéré en crise avancée, chez lequel un drainage, le maintien d'une vessie de glace sur l'abdomen, ont accentué la parésie intestinale ; une persistance des phénomènes douloureux est mise sur le compte d'une réaction péritonéale persistante, et l'inquiétude commence devant le retard qu'apporte le malade à émettre ses premiers gaz.

Nous trouvons ce type d'occlusion à début insidieux dans les observations 5, 6, 13 ; l'observation 17 est particulièrement typique : elle signale seulement une absence de gaz jusqu'au 9^e jour, sans phénomènes douloureux nets, et cependant l'intervention révélera l'existence d'adhérences étendues péri-iléo-cœcales.

En principe, on s'accorde, avec M. MATHIEU, à distinguer l'iléus mécanique avec dessin des anses sous la paroi et crises douloureuses intermittentes, de l'iléus paralytique avec sa douleur généralisée, sa défense pariétale, et l'absence d'ondulations péristaltiques.

Pratiquement, la différenciation semble malaisée dans les jours qui suivent une intervention grave en milieu septique, et s'il faut savoir intervenir d'urgence dès que l'occlusion est manifeste, il semble que, dans bien des cas, une temporisation prudente soit de mise : application de glace, diète absolue, administration d'une injection de morphine, qui calmeront la réaction péritonéale et permettront alors d'obtenir à peu de frais une amélioration progressive.

C'est d'ailleurs la méthode que nous voyons employée dans un grand nombre des observations que nous avons relevées : observations 5, 6, 13, 21, 22, 23, 25.

Et nous voyons en particulier, chez le malade de l'observation 21, cette temporisation, avec traitement médical et simple déplacement d'un drain, aboutir à la sédation des accidents.

Et il est fort vraisemblable qu'un grand nombre d'observations n'ont pas été publiées, qui nous montreraient d'une façon incontestable l'efficacité de ce simple traitement d'attente, et donc sa légitimité.

Sans perdre de vue cependant la possibilité d'une rechute ultérieure (observation 2).

Il reste d'ailleurs acquis que si, de toute évidence, cette amélioration tarde à se manifester, l'intervention s'imposera.

Quant à déterminer la durée de l'expectative, c'est là chose fort délicate : nous la voyons varier de 24 à 48 heures et davantage, suivant les cas ; c'est par la notion de qualité du poulx, l'aspect général du malade, avant tout par le sens clinique, qu'on y parviendra.

VOIE D'ABORD

L'occlusion étant reconnue manifeste, l'intervention est décidée.

Deux voies, d'abord, ont été préconisées :

La voie médiane ;

La voie latérale, utilisant l'incision d'appendicectomie.

En étudiant le traitement des occlusions tardives, nous donnerons les raisons qui nous semblent devoir faire préférer la laparotomie médiane.

Dans l'occlusion précoce, il nous a semblé que l'une et l'autre voie présentaient leurs avantages et leurs inconvénients.

MM. MATHIEU, AUVRAY et SAUVÉ, dans leurs rapports à la Société de Chirurgie, notre maître, M. LEURET, conseillent d'adopter la voie médiane.

« C'est elle, dit M. AUVRAY (séance du 19 mars 1924), qui permet de se rendre le mieux compte de la disposition des adhérences, de leur étendue, de leur siège, qui est parfois très éloigné de l'angle iléo-cœcal.

« Ces adhérences lointaines, à travers la brèche latérale, peuvent parfaitement passer inaperçues et en tous cas sont beaucoup plus difficiles à atteindre. »

Nous trouvons mentionnée, en effet, dans l'observation 15, l'existence d'une bride épiploïque adhérent par son bord libre au bord gauche du petit bassin.

Mais la laparotomie médiane n'est pas sans inconvénients ici ; elle en présente deux, à notre avis, et d'une réelle importance :

a) Cette libération, par voie médiane, d'adhérences qui peuvent présenter encore un certain degré de septicité, n'est peut-être pas absolument inoffensive pour la grande cavité (nous parlons, bien entendu, des adhérences de formation récente).

b) Surtout, la nécessité de refouler constamment la masse des anses grêles distendues qui tendent à faire issue violemment par la plaie opératoire, nous paraît, dans certains cas, devoir contribuer à augmenter non seulement les difficultés, mais le choc opératoire.

Et nous voyons l'observation 6 nous présenter même un cas de rupture intestinale au cours d'une réintégration particulièrement difficile d'anses grêles distendues à l'extrême.

Si encore, au cours de l'appendicectomie initiale, on a pris soin de vérifier l'état de l'anse iléale terminale, il nous paraît peu probable d'avoir à redouter l'apparition, en un si court laps de temps, de brides inaccessibles à l'exploration latérale.

De fait, dans la presque totalité de nos observations, nous relevons que l'obstacle (bride ou coalescence) siégeait au carrefour iléal.

Et nous sommes tentés de conclure, avec M. OUDARD et M. ALGLAVE, à l'utilité de recourir, dans certains cas, à l'incision latérale, quitte à reprendre la voie médiane si la première est jugée insuffisante.

La laparotomie médiane, nous le verrons, nous paraît,

au contraire, devoir être la règle dans les occlusions tardives..

CONDUITE A TENIR

Sur le principe, tout le monde est ici d'accord : il faut supprimer l'obstacle.

Où commencent les divergences profondes, c'est en présence d'une libération impossible, et deux méthodes s'opposent alors :

La dérivation interne, par antéro-anastomose ;

La dérivation externe, par fistulisation du grêle.

A) *Libération de l'obstacle*

C'est le but que se proposent tous les chirurgiens en présence de l'occlusion post-appendiculaire.

Elle peut consister, même au cours d'une occlusion précoce, en section ou en excision simple d'une bride épiploïque : c'est un cas fréquent, le plus simple.

Nous le rencontrons dans les observations 4, 5, 8, 9, 11, 16, 22, 29.

Tantôt cette bride écrase simplement sur son trajet l'anse iléale sous-jacente, tantôt elle forme un véritable anneau dans lequel le grêle, après s'être engagé, s'étrangle.

Mais cette éventualité est plutôt le fait des occlusions tardives. Plus fréquemment, au cours des accidents occlusifs précoces, le chirurgien se trouve en présence, soit de brides multiples (observations 1 et 10), soit de coalescences étendues, d'un véritable magma de péritonite agglutinative, soudant entre elles sur une longueur par-

fois très grande les anses intestinales, opposant à la libération des difficultés parfois considérables, parfois insurmontables.

Il en était ainsi dans les cas rapportés par les observations 14, 17, 19, 20, 25, 26, 27.

« Cependant, dit M. MATHIEU, avec une expérience suffisante de la chirurgie abdominale, on arrive à pousser très loin cette libération dans les cas difficiles ; ce n'est pas sans danger d'hémorragie en nappe, sans menace d'infection.

Cette libération est-elle suffisante ?

Quand la section des adhérences et le difficile déroulement des anses a entraîné la dépéritonisation de larges surfaces intestinales, il est à craindre que des coalescences puissent se rétablir, et ici, comme l'a fait remarquer M. BASSET, entre en jeu sans doute un facteur personnel : « Certains malades font des adhérences plus facilement que d'autres et il y a peut-être des péritonées à adhérences, comme il y a des peaux à chéloïdes. »

C'est également l'opinion de M. DE MARTEL (séance de la Société de Chirurgie du 20 juin 1928).

Et, comme nous ne connaissons guère, à l'heure actuelle, de méthode capable d'éviter, d'une façon vraiment efficace, la formation ou la reproduction de ces adhérences, l'opportunité, dans certains cas, de compléter l'intervention par une dérivation peut être envisagée.

C'est la méthode qui a été suivie dans l'observation 17.

En règle générale, il nous semble que cette dérivation ne devra être effectuée qu'au cas où la libération apparaît

insuffisante ou douteuse, car elle prolongera la durée de l'intervention. Mais notre expérience est petite pour conclure ici.

B) *Dérivation externe*

En présence d'adhérences étendues, impossibles à détruire ou dont la libération exposerait à des dangers trop sérieux d'hémorragie, de sphacèle ou d'infection, ou même à la déchirure d'une anse ou du mésentère, la méthode de la dérivation externe garde de nombreux partisans, qu'elle soit réalisée par l'entérostomie de NÉLATON, par ponction du grêle, ou par drainage à la WITZEL.

C'est ici, nous l'avouons, que les discussions nous ont paru parfois un peu confuses et les observations très dissimilaires, qui ont été apportées pour ou contre la méthode.

M. LENORMANT (loc. cit.) déclare : « *Dans l'occlusion paralytique précoce, on a d'ordinaire recours à l'entérostomie, que beaucoup d'auteurs préconisent dans tous les cas de péritonite. Je la crois préférable, pour ma part, aux ponctions multiples de l'intestin.* »

M. CUNÉO (séance de la Société de Chirurgie du 15 juin 1927) s'exprime ainsi : « Dans l'occlusion précoce, quand on a perdu du temps, que le ventre est déjà ballonné, la simple fistulisation du grêle, voire même de plusieurs anses, si on le juge nécessaire, exécutée à l'anesthésie locale, donne, sans faire courir de risques à l'opéré, d'excellents résultats.

« J'estime qu'il y a intérêt à insister sur ces bons résultats de l'iléostomie dans l'occlusion précoce post-opéra-

toire, qu'il s'agisse d'une appendicectomie ou de toute autre intervention. »

M. SCHWARTZ (séance du 15 juin 1927) estime, lui aussi, qu'on a exagéré la gravité des fistules du grêle ; il n'en a vu que deux cas et tous deux ont guéri par fermeture spontanée.

Par contre, un grand nombre de chirurgiens considèrent comme très grave la fistulisation du grêle, et très sombre l'avenir des malades chez qui elle a été pratiquée ; et notre maître, M. ALGLAVE, en particulier, s'élève en toute occasion contre l'application systématique de cette méthode.

Le reproche majeur qui lui est adressé est celui d'entraîner une dénutrition inévitable et rapide.

Il nous paraît utile de rappeler ici, entre autres recherches, les expériences faites par M. ALGLAVE sur des chiens et des porcelets vigoureux (Archives de Gynécologie et de Chirurgie abdominale de 1907) : « Une fistule, établie sur la terminaison de l'intestin grêle *avec interruption de continuité au-dessous*, entraîne la mort chez le chien en huit à dix jours, et chez le porc en trente jours environ. Et cependant, ces animaux s'alimentent jusqu'au dernier jour. »

Et si nous soulignons les mots : *avec interruption de continuité au-dessous*, c'est qu'à notre humble avis, le nœud du problème réside dans ces trois mots.

Nous ne pouvons mieux faire encore que de rapporter les remarques faites à ce propos par M. ALGLAVE, à l'occasion de la belle observation de M. MAISONNET, rapportée par notre maître, M. LARDENNOIS. (obs. 26, séance de la Société de Chirurgie du 6 juin 1928).

« Quand, chez l'homme, dit ce chirurgien, dans les jours qui suivent l'établissement d'une fistule sur le grêle, on a la notion qu'il ne passe ni matières ni gaz par l'anus naturel, la fistule doit être considérée comme très grave. *Il y a un obstacle au-dessous d'elle* et la dénutrition du sujet ne peut manquer d'être rapide.

« Il faut penser à y remédier sans retard et cette situation oblige à rechercher l'obstacle, comme à fermer la fistule.

« Or, comme on ne sait pas d'avance si, au-dessous de la fistule, il n'y aura pas un obstacle absolu à tout passage de matières et de gaz dans la suite ; comme on ne sait pas si, du seul fait d'avoir paré au plus pressé par la fistulisation, l'ordre pourra spontanément se rétablir dans le transit intestinal, il ne faut, à mon avis, créer de ces fistules sur le grêle que quand il est matériellement impossible de faire autrement. »

A la lumière de ces notions, la discussion nous paraît s'éclairer considérablement.

Et ces prémisses posées, et mettant à part les cas de force majeure où la fistulisation reste la seule ressource, et sur lesquels nous reviendrons, n'avons-nous pas le droit de conclure : la fistule ne sera justifiée que dans les cas où n'existera en amont aucun obstacle pouvant s'opposer à un rétablissement ultérieur du transit ?

Ne serait-ce pas uniquement dans les cas où n'existait en amont aucun obstacle mécanique qu'on a pu observer la fermeture spontanée de la fistule, après réapparition progressive d'émissions, gazeuses d'abord, puis solides, par l'anus naturel ?

Et ne serait-ce pas uniquement dans ces cas que la fistule a pu se fermer spontanément et dès lors revêtir un caractère d'évidente bénignité ?

Mais nous avouons qu'il nous est difficile de souscrire à cette remarque de M. OUDARD (séance de la Société de Chirurgie du 14 juin 1924) :

« L'anus établi près de la terminaison du grêle n'encourt pas le reproche de dénutrition ; il est à remarquer (observations 18 et 19) que, sous l'effet de la dérivation externe, et de l'affaissement des anses, le cours des matières se rétablit spontanément par la voie naturelle. »

Nous avouons comprendre difficilement comment une dérivation externe, si elle provoque, de toute évidence, l'affaissement des anses, pourrait avoir une action quelconque sur un obstacle mécanique situé au-dessous de la fistule.

M. SCHWARTZ nous dit (séance de la Société de Chirurgie du 15 juin 1927) : « Je pense que la guérison spontanée des fistules est due à la tendance naturelle qu'a tout organe mobile de la cavité péritonéale de détacher ses adhérences. »

Mais cette tendance naturelle, précisément, s'exercera-t-elle si, en amont, persiste un obstacle assez complet et assez durable (bride, coudure, ou agglutination) pour forcer la fistule à continuer son rôle de dérivation ?

Encore pourrions-nous penser que l'opinion de ces chirurgiens avait trait, implicitement, à ces cas où l'élément mécanique semble cliniquement négligeable et où l'occlusion est essentiellement sous la dépendance de l'iléus paralytique.

Mais voici que nous trouvons, à la séance de la Société de Chirurgie du 15 juin 1927, sous la plume de M. CHIFOLIAU, à l'occasion d'un rapport de M. VONCKEN, cette observation : « Occlusion post-appendiculaire au 4^e jour, chez un garçon de 16 ans : ballonnement progressif, arrêt complet des matières et des gaz ; mort au 7^e jour ; l'autopsie démontra l'existence d'une bride étranglant le grêle à 20 centimètres de l'angle iléo-cœcal. »

M. CHIFOLIAU conclut à cette occasion : « Un simple anus iléal aurait probablement sauvé le malade. »

A moins d'admettre, chose qui est infirmée par toutes les expériences sur les animaux et que confirme d'ailleurs mainte observation clinique, que la fistulisation sur le grêle n'entraîne pas une dénutrition rapide si, et nous nous excusons de cette répétition, un barrage sous-jacent interdit tout espoir de voir le transit intestinal se rétablir ultérieurement, à moins d'admettre cette théorie, donc, il nous paraît impossible de souscrire à la conclusion de M. CHIFOLIAU.

Car, ainsi posée, ne risque-t-elle pas de faire poser aux chirurgiens cette équation :

Occlusion intestinale précoce = inutilité d'aller à l'obstacle, et de soumettre le malade à un choc opératoire toujours sérieux, quand une simple fistulisation, facile, sans risques, réalisable à l'anesthésie locale, est capable à elle seule de pallier aux accidents et d'assurer, non seulement une amélioration immédiate, mais une guérison ultérieure définitive.

Que cette fistulisation soit suffisante, sinon d'ailleurs toujours nécessaire, dans certaines occlusions post-appen-

diculaires, nous ne pourrions y contredire qu'en rayant d'un trait de plume les observations où elle s'est révélée, en effet, suffisante.

Mais nous dirons, et c'est le point qui nous a paru intéressant, au cours de cette étude, point sur lequel nous sommes en plein accord avec nos maîtres, MM. ALGLAVE et LEURET, et, croyons-nous, avec beaucoup de chirurgiens, que ces cas n'ont pu avoir trait qu'à des occlusions d'origine paralytique, ou, du moins, dans lesquels l'élément paralytique était dominant, et l'élément mécanique pratiquement négligeable.

Et n'était-ce pas d'ailleurs la pensée de M. LENORMANT, quand il donnait comme indication de l'entérostomie l'iléus paralytique ?

Mais, par ailleurs, sera-t-il, justement, souvent facile de déterminer si les accidents observés sont uniquement sous la dépendance d'une parésie intestinale, et non d'un élément mécanique, ou, en tous cas, si derrière une parésie intestinale parfois évidente, n'est pas surajouté un élément mécanique ; si, en d'autres termes, la réaction inflammatoire de la séreuse péritonéale que décèle la parésie intestinale, n'a pas déjà sa traduction anatomopathologique sous forme de brides, d'adhérences, d'agglutinations ou de coutures ?

Nous ne le pensons pas, au moins dans l'immense majorité des cas ; et, comme le rappelle excellemment M. OCKINCZYC (séance de la Société de Chirurgie du 15 juin 1927) : « les occlusions précoces sont, le plus souvent, la manifestation d'un processus inflammatoire qui agit aussi bien en paralysant l'intestin qu'en mettant un obstacle à l'évacuation de l'intestin. »

Et si elle pourra pallier aux conséquences de la parésie intestinale, l'entérostomie, contre l'obstacle organique, restera impuissante.

Pratiquée sans tenir compte de cette notion, elle pourra donner un excellent résultat, dans les cas heureux où cet obstacle n'existera pas, mais qui ne voit dès lors combien ses résultats seront aléatoires, étant donné encore qu'il est pratiquement souvent impossible d'en pouvoir nier l'existence.

Bien plus, l'échec mettra le chirurgien dans l'alternative, ou d'abandonner le malade à la dénutrition rapide que provoque une fistule qui, en dernier ressort, réalise dans ces cas une véritable exclusion, ou de pratiquer, et à brève échéance, sur un malade déjà en état de dénutrition profonde, une réintervention difficile, après avoir traversé des téguments déjà excoriés, où stagne une inévitable et abondante flore microbienne.

C'est là, répété en d'autres termes, la conclusion même de M. ALGLAVE.

Il nous semble qu'à cette thèse, l'observation 26, rapportée par M. LARDENNOIS, apporte une pleine confirmation, et remet en mémoire l'étendue des difficultés en présence desquelles une fistule du grêle peut placer l'opérateur.

INDICATIONS DE L'ENTÉROSTOMIE

Si nous avons tenté de démontrer qu'à notre avis, pour une occlusion intestinale qui survient après une opération d'appendicectomie, *la fistulisation d'emblée du grêle*, sur une anse distendue, ne saurait être érigée en

méthode habituelle, il reste loin de notre pensée de ne pas lui reconnaître des indications.

Elles nous paraissent se résumer en trois :

a) *L'iléus paralytique* ;

b) *L'état de faiblesse extrême du sujet* ;

c) *L'impossibilité, en présence d'adhérences trop étendues et indestructibles, d'avoir recours à un autre procédé.*

a) *L'iléus paralytique* constitue, nous avons cherché à le démontrer, une indication toute relative, si on admet que son rôle dans la pathogénie de l'occlusion reste bien difficile à déterminer.

b) *L'état de faiblesse extrême du sujet* nous paraît constituer l'indication majeure. C'est l'avis d'un grand nombre de chirurgiens. M. MATHIEU, M. OCKINCZYC, M. VIANNEY (séance de la Société de Chirurgie du 6 juillet 1927, n'y souscrivent que comme pis-aller. M. LARDENNOIS la considère comme « une pénible opération de sauvetage ».

Et peut-être ne faut-il pas trop se hâter de conclure, chez un malade très affaibli, ou en occlusion déjà ancienne, à l'impossibilité de s'attaquer directement à l'obstacle.

Nous en voulons pour preuve l'observation 27, rapportée par M. LABEY à la séance de la Société de Chirurgie du 13 juin 1920 : occlusion intestinale ayant entraîné rapidement une atteinte de l'état général telle que seule une fistulisation du grêle est jugée réalisable.

L'absence d'amélioration obligeant à une réintervention, et devant un magma d'adhérences impossible à dissocier, on parvient encore à réaliser une entéro-anastomose.

Le malade supporte cependant cette intervention, qui avait été jugée impraticable quelques jours auparavant, et guérit.

c) L'impossibilité, en présence d'adhérences trop étendues ou trop résistantes, d'avoir recours à une autre méthode :

L'observation 7, que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. LAURENCE, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, réalise entièrement, à notre avis, cette indication : appendicite pelvienne, se manifestant par un syndrome tellement atypique qu'un diagnostic précoce était resté impossible à porter ; l'incision d'un abcès, au cours de l'évolution, avait permis de constater l'existence d'adhérences tellement étendues que toute tentative de libération ou toute entéro-anastomose paraissait d'avance vouée à l'échec. Dans ces conditions, l'entérostomie, pratiquée en accord avec M. LARDENNOIS, restait, de toute évidence, la seule planche de salut. Elle a permis de sauver le malade.

TECHNIQUE DE L'ENTÉROSTOMIE

La fistulisation décidée, en dernier ressort, il reste à en préciser la technique.

La majorité des chirurgiens s'accorde à reconnaître la nécessité de ne plus pratiquer l'entérostomie totale, réalisant une dérivation complète, mais la simple fistulisation, par ouverture tangentielle.

Pratiquer l'entérostomie totale, c'est, d'une part, se

préparer à des difficultés très grandes de cure ultérieure ; c'est surtout, nous semble-t-il, enlever au malade toute possibilité de rétablir spontanément son transit intestinal, si l'iléus était seulement paralytique.

L'anse grêle pourra être accolée à la paroi au moyen d'un drain de KERR, suivant le conseil de M. LARDENNOIS ; soit par 4 fils de lin, suivant la méthode de M. ARROU, qui ponctionne ensuite l'anse avec la petite lame ronde du thermocautère.

L'entérostomie totale, dans l'observation 27, a nécessité une cure ultérieure complexe.

Dans les observations 7, 18, 19, au contraire, une entérostomie tangentielle a laissé à la fistule la possibilité d'une fermeture spontanée.

Quant au siège de l'entérostomie, il est hors de discussion pour tous que, pratiquée en amont de l'obstacle, elle devra l'être aussi près que possible de la terminaison du grêle : encore sera-t-il souvent difficile, devant des coalescences étendues, de reconnaître le point sur lequel devra porter la fistulisation et on reste exposé à une dérivation haute, dont il est inutile de souligner les conséquences désastreuses.

Et ce n'est pas là un des moindres dangers de l'entérostomie.

C) *Dérivation interne*

A côté de la cure radiale de l'occlusion post-appendiculaire qui, dans certains cas, par la nécessité qu'elle impose d'une intervention sur des anses adhérentes en milieu encore septique, peut avoir de graves inconvé-

nients et présenter de grosses difficultés, à côté de l'entérostomie qui peut donner les plus graves ennuis, M. OCKINCZYC s'est fait le promoteur de la dérivation interne par entéro-anastomoses.

Rapportant, il y a quelques années, un travail de M. INGEBRIGTSEN, il a montré que l'entéro-anastomose réalisait une dérivation interne dans les conditions les plus simples et les moins traumatisantes.

A sa suite, MM. MATHIEU, ALGLAVE, BASSET se sont montrés partisans de la méthode et l'ont préconisée dans les cas d'adhérences trop étendues ou impossibles à détruire.

Des objections ont été faites à cette méthode : mauvaise qualité des tissus de l'intestin, sutures faites en milieu encore septique, enfin résorption massive par l'anse afférente des produits toxiques accumulés dans l'anse afférente.

A ce dernier danger, on a proposé d'obvier par une ponction de l'anse grêle afférente, avec évacuation de son contenu.

Quant à la qualité des tissus, il semble que dans la majorité des cas, on puisse trouver, à une distance variable du foyer d'agglutinations, des anses suffisamment saines pour pouvoir réaliser une anastomose présentant toutes garanties d'étanchéité.

Et c'est peut-être surtout en fonction de l'état des tissus que sera déterminée la variété d'anastomose ; par ailleurs, il ne nous paraît pas devoir faire rentrer dans le cadre de ce travail l'étude des avantages ou des inconvénients res-

pectifs de l'anastomose pratiquée au niveau du colon ascendant, du transverse ou de l'anse sigmoïde.

Il reste qu'à la lecture des observations publiées (observation 25 en particulier) une place intéressante est à faire à la dérivation interne par entéro-anastomose dans les occlusions post-appendiculaires.

Traitement des occlusions tardives

Le problème ne présente plus ici, en général, la même complexité qu'au cours des occlusions précoces, et nous nous proposons d'être très bref sur ce sujet.

Il n'existe ici aucun doute possible sur l'existence et la nature de l'occlusion : l'élément péritonéal est absent.

VOIE D'ABORD

Ici, la laparatomie médiane nous paraît dans la règle s'imposer ; le siège de l'obstacle peut être très variable ; les lésions de périviscérite adhésive ont eu le temps de se développer à distance du foyer primitif ; et seule l'incision médiane permettra de les reconnaître et de les atteindre.

Enfin, l'état général du malade, au moins si l'intervention est précoce, est suffisant pour mettre d'envisager sans crainte une intervention large.

C'est la voie médiane que nous voyons employée dans les observations 2, 9, 10, 11, 14).

M. FIOLE a pratiqué avec succès, dans les mêmes conditions, une incision paramédiane (observation 28).

CONDUITE A TENIR

L'indication absolue est ici de lever l'obstacle, de sectionner la bride ou de libérer l'intestin adhérent ou coudé.

Cette libération peut d'ailleurs rester très difficile dans les cas complexes où existe un magna d'adhérences multiples ; elle n'en est pas moins indispensable.

L'entéro-anastomose pourra trouver ici encore ses indications soit que la libération se révèle trop dangereuse ou impossible, soit qu'une intervention tardive, mettant en présence d'un sphacèle intestinal, oblige à pratiquer une dérivation, soit enfin qu'on garde un doute sur la perméabilité de l'intestin libéré (observation 25).

Quant à l'entérostomie, elle ne pourra être envisagée ici, le cas échéant, que comme opération complémentaire, destinée à évacuer rapidement le contenu toxique de l'intestin, *après levée de l'obstacle*, et encore pourra-t-elle être, peut-être, suppléée fréquemment par une simple ponction.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (*originale*)

M. L..., 3 ans.

Crise d'appendicite aiguë le 15 mars 1924.

Plusieurs crises antérieures.

Intervention à la 36^e heure. Evacuation d'un volumineux abcès ; l'appendicite n'est pas enlevé.

En avril, apparition de phénomènes d'occlusion, durant depuis trois jours, quand le médecin est appelé.

Laparotomie médiane. Brides multiples coudant le grêle en plusieurs points. Libération des anses. Fermeture. Mort.

OBSERVATION 2 (*originale*)

M. Gilbert P..., 5 ans.

Appendicite en crise depuis quatre jours.

Intervention le 26 mars 1926 en période de péritonite généralisée : appendice gangréneux, perforé ; pus libre en grande quantité.

Drains et mèches.

Suites simples : cependant apparition, au cours de la convalescence, de quelques crises de coliques qui font craindre la formation d'une coudure.

Cependant, les accidents s'atténuent progressivement.

Le 5 mai, réapparition d'un syndrome occlusif.

Devant l'opposition formelle de la famille, la réintervention est différée jusqu'au 10 mai.

Laparotomie médiane. Section d'une bride volumineuse étranglant le grêle.

Mort le lendemain.

OBSERVATION 3 (*originale*)

M. Georges P..., 5 ans et demi.

Crise d'appendicite aiguë le 11 juin 1923, au soir.

Le lendemain matin, une purgation intempestive est administrée par la famille.

Signes rapides de péritonite généralisée.

Intervention à la vingtième heure : appendice gangrené, pus plein le petit bassin.

Appendicectomie. Lavage au formol. Fermeture et drainage du cul-de-sac de Douglas.

Le 4 juillet, apparition de signes d'occlusion.

Intervention le lendemain : coudure intestinale par coalescence de deux anses grêles à 35 centimètres environ de l'angle iléo-cœcal.

Au cours de la libération, déchirure du méso ; extériorisation de l'anse correspondante sur un lit de compresse.

Sphacèle de l'anse, qui est sectionnée le 20 juillet. Suture bout à bout et réintégration.

Guérison sans incident.

OBSERVATION 4 (*originale*)

M. B..., 6 ans.

Appendicite en crise.

Ablation d'un appendice gangrené.

Au dixième jour, phénomènes d'occlusion.

Laparotomie médiane au bout de vingt-quatre heures.

Section d'une bride épiploïque coudant le grêle à
30 centimètres de la valvule iléo-cœcale.

Guérison sans incident.

OBSERVATION 5 (*originale*)

M^{lle} D..., 10 ans.

Appendicite en crise, opérée à la douzième heure, le
3 décembre 1925.

Ablation d'un appendice rouge, congestionné.

Au huitième jour, apparition de douleurs à forme de
coliques passagères.

Temporisation pendant quarante-huit heures.

Au dixième jour, devant la persistance des coliques et
l'arrêt des matières, une réintervention est décidée.

Laparotomie médiane : le grêle est coudé par une bride
partant du moignon appendiculaire et se fixant, d'autre
part, sur le mésentère.

Section de la bride.

Guérison sans incident.

OBSERVATION 6 (*originale*)

M^{me} B..., 25 ans.

Appendicite chronique avec troubles gastriques très

accentués : digestions difficiles, état nauséeux au réveil.

Ptose rénale droite, facilement réductible.

Intervention le 17 janvier 1911.

Néphropexie suivie d'appendicectomie simple : appendice ne présentant aucune adhérence.

Au septième jour, douleurs, vomissements, ballonnement abdominal.

Temporisation pendant trois jours, glace et antispasmodiques.

Devant la persistance des accidents, réintervention.

Laparotomie médiane : section d'une bride épiploïque partant du moignon appendiculaire et étranglant le grêle à quelques centimètres de la valvule iléo-cœcale.

Au cours de la réintégration des anses intestinales extrêmement dilatées, rupture intestinale.

Suture. Mort après quarante-huit heures.

OBSERVATION 7

M. B..., 30 ans.

Troubles dyspeptiques datant de quelques semaines.

Le 27 décembre 1926, crise douloureuse à début brutal et à siège dans la fosse iliaque gauche.

L'hypothèse d'une appendicite à gauche est envisagée, mais ne peut être affirmée.

Sédation passagère sous l'influence d'un traitement médical.

Le 3 janvier, reprise des accidents.

Le 8 apparaît, dans le Douglas, une collection qui s'ouvre bientôt spontanément dans le rectum.

Accalmie passagère, mais le 10 janvier, apparition

d'une tuméfaction douloureuse qui, partie du pelvis, remonte progressivement dans la fosse iliaque gauche.

Le 25 janvier apparaît une tuméfaction sus-pubienne, accompagnée de troubles vésicaux, tandis que la tuméfaction iliaque gauche a notablement diminué.

Intervention le 27 janvier : laparotomie iliaque droite, basse, qui permet de constater l'existence d'un cœcum libre, mais *d'un appendice qui, libre dans ses trois premiers centimètres, plonge ensuite dans le bassin et se perd dans un amas d'adhérences.*

L'anse terminale de l'iléon disparaît aussi dans l'amas d'adhérences pelviennes, que coiffe l'épiploon.

Après protection rigoureuse, évacuation de deux collections suppurées et ablation partielle de l'appendice, dont la pointe ne pourrait être enlevée sans danger pour les anses grêles auxquelles il est soudé. Drainage à Mickulicz.

Amélioration temporaire.

Peu à peu, apparition de ballonnement abdominal et, le 8 février, d'un vomissement.

Devant la gravité de l'état général, chez un sujet inanié, une *fistulisation du grêle* est pratiquée (fistule tangentielle).

Drainage incomplet au début, du fait d'adhérences probables en amont de la fistule : l'introduction prudente et progressive d'une sonde de Nélaton permet d'obtenir bientôt une vidange complète du grêle.

Dès lors, amélioration progressive. Reprise progressive de l'alimentation.

Fermeture spontanée de la fistule en mars.

Guérison.

OBSERVATION 8

Homme, 35 ans.

Appendicectomie dix jours après la crise aiguë (crises antérieures).

Au dixième jour, apparition de phénomènes occlusifs.

Laparotomie médiane : section d'une bride.

Guérison sans incident.

OBSERVATION 9

Enfant, 7 ans, opéré au cours de la troisième crise aiguë d'appendicite, en août 1923.

En janvier 1924, apparition de phénomènes occlusifs : crises douloureuses, vomissements.

Laparotomie médiane : section d'une bride dans laquelle l'intestin, après s'être engagé, s'était étranglé.

Guérison sans incident.

OBSERVATION 10

Jeune malade...

Appendicectomie, le 11 octobre 1923.

Le 30 octobre, apparition d'accidents occlusifs.

Laparotomie médiane. Adhérences et brides nombreuses, qui sont sectionnées méthodiquement.

Amélioration lente. Guérison.

OBSERVATION 11

Jeune femme.

Intervention en 1903, évacuation d'un abcès appendiculaire.

Apparition d'accidents occlusifs trois mois après l'intervention.

Laparotomie médiane. Section d'une bride étranglant le grêle.

Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION 12

M^{me} C..., 26 ans.

Appendicite aiguë datant de quarante-huit heures.

Ablation d'un appendice volumineux et friable. Drain. Suites normales.

Vingt et un jours après l'opération, signes d'occlusion intestinale aiguë.

Laparotomie médiane. Libération d'adhérences du grêle dans le foyer appendiculaire. Iléostomie.

Ultérieurement, l'écoulement du liquide intestinal n'a pas de tendance à se tarir. Echec d'une tentative de suture de l'orifice intestinal dans la plaie.

Résection de l'anse fistulisée sur une longueur de 20 centimètres.

Anastomose bout à bout. Suites simples.

Rechute. Réintervention. Libération de nouvelles adhérences.

Ponction du grêle. Guérison.

OBSERVATION 13

Jeune soldat.

Appendicite en crise (trois purgations ont été administrées).

Intervention le 9 octobre 1916.

Appendice gangrené, perforé ; pus fétide dans tout le ventre.

Appendicectomie et résection de l'épiploon gangrené.

Amélioration lente et progressive.

Le neuvième jour, un vomissement.

Le onzième jour, aggravation subite : l'occlusion est évidente et l'état désespéré.

Fistule cœcale sous-anesthésie locale.

Amélioration progressive.

OBSERVATION 14

Femme, 40 ans.

Appendicectomie le 27 janvier 1923 : appendice gros et adhérent.

Drain et mèches.

Apparition progressive de phénomènes occlusifs.

Laparotomie médiane le 24 février 1923 ; magma d'adhérences dans la fosse iliaque droite, au milieu desquelles le grêle est coudé en canon de fusil.

Libération difficile.

Guérison.

OBSERVATION 15

Femme, 22 ans.

Intervention, le 27 janvier 1922, pour appendicite légère.

Au huitième jour, accidents occlusifs.

Réintervention le 5 février : laparotomie médiane.

Bride épiploïque adhérent par son bord libre au bord gauche du petit bassin.

Section de la bride. Drainage.

Guérison.

OBSERVATION 16

Femme opérée en 1911.

Trois mois après l'intervention, troubles douloureux pelviens, accompagnés de constipation opiniâtre.

Réintervention en 1924 : corde épiploïque adhérent fortement au moignon appendiculaire et comprimant l'iléon à 2 centimètres de la valvule iléo-cœcale.

Section de la bride.

Guérison.

OBSERVATION 17

M. N..., 19 ans.

Appendicite en crise de refroidissement.

Intervention le 30 janvier.

Appendice rétro-cœcal, enfoui dans une masse indurée.

Appendicectomie. Enfouissement.

Pas de gaz jusqu'au neuvième jour, malgré un lavement.

Occlusion confirmée le dixième jour.

Réintervention : anses grêlées très distendues ; adhérences étendues péri-iléo-cœcales ; libération difficile : les gaz passent mal.

Iléo-colostomie complémentaire.

Mort.

OBSERVATION 18

M. M..., 36 ans.

Appendicite en voie de refroidissement : reprise des

douleurs et des phénomènes péritonéaux.

Intervention le septième jour : adhérences qu'on libère partiellement sans découvrir ni appendice, ni foyer purulent. Fermeture après drainage. Glace sur le ventre.

Réintervention le 28 janvier. Appendicectomie.

Apparition, le troisième jour, de signes d'occlusion qui vont se précisant.

Réintervention par la plaie opératoire. Fistulisation du grêle.

Suites favorables.

Le 15 février, première selle pâteuse par l'anus.

Guérison avec fermeture spontanée de la fistule.

OBSERVATION 19

M. F..., 23 ans.

Appendicite en crise (2^e crise).

Intervention le 3 septembre 1921.

Appendice adhérent, gangréneux, perforé.

Appendicectomie avec enfouissement. Drainage du Douglas.

Suites favorables.

Le douzième jour, signes d'occlusion aiguë du grêle.

Réintervention. Anses grêle distendues en amont d'une masses d'anses agglomérées dans la fosse iliaque droite.

Entérostomie de Nélaton, sans tentative de libération.

Apparition des selles par l'anus le dixième jour.

Fermeture ultérieure spontanée de la fistule, après échec d'une tentative de cure radicale.

OBSERVATION 20

M. K..., 28 ans.

Appendicectomie pour appendicite légère datant de vingt heures.

Douze jours plus tard, occlusion intestinale.

Laparotomie médiane. Iléon terminal coudé et bridé par une adhérence qui, large de 2 centimètres, s'étend en avant, du cœcum au mésentère iléal.

Libération très difficile, qui ne peut être effectuée qu'au prix d'une lésion de la tunique musculaire du grêle.

Péritonisation des surfaces cruentées.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION 21

Garçon de 9 ans.

Appendicite aiguë avec abcès.

Incision et drainage de la collection suppurée, sans ablation de l'appendice.

Deux mois plus tard, nouvelle crise.

Intervention d'urgence : laparotomie médiane : processus de péritonite généralisée, sans aucune tendance au cloisonnement et volumineux appendice entouré de pus.

Appendicectomie, drain dans le Douglas.

Dans la semaine qui suit, apparition de symptômes d'occlusion intestinale : ballonnement abdominal, contractions péristaltiques sous la paroi.

Temporisation pendant quarante-huit heures. Déplacement du drain.

Amélioration progressive sans intervention.

OBSERVATION 22

Fillette, 9 ans.

Appendicite aiguë avec contracture pariétale.

Intervention immédiate le 11 mai 1927 : évacuation d'un abcès rétro-cœcal.

Extériorisation difficile du cœcum et de l'appendice.

Appendicectomie : appendice perforé.

Deux drains, un en arrière du cœcum, un dans le Douglas.

Le 14 mai, apparition de signes occlusifs.

Temporisation pendant quarante-huit heures : les douleurs s'exagèrent, les ondulations sont de plus en plus nettes, l'état général s'altère.

Intervention itérative le 16 mai : volumineuse bride épiploïque sous laquelle passe une des dernières anses iléales, complètement aplatie.

Excision de la bride. Drains et mèches.

Guérison.

OBSERVATION 23

M^{lle} J..., 19 ans.

Appendicite aiguë au cinquième jour, avec plastron net dans la moitié droite du Douglas et douleur vive à ce niveau : le diagnostic d'appendicite à forme pelvienne s'impose.

Intervention le 17 octobre. Appendice plongeant dans le pelvis ; sa libération provoque la rupture et l'évacuation d'une collection purulente.

Appendicectomie. Drainage du Douglas.

Le 26 octobre (au neuvième jour), apparition d'un syndrome occlusif.

Diète rigoureuse, glace et opiacés.

Pas d'amélioration.

Intervention itérative le 29 octobre. Laparotomie médiane.

Adhérence serrée du grêle au niveau de l'incision iliaque.

Libération laborieuse. Péritonisation soigneuse.

Mort par phlegmon diffus gangréneux de la paroi, parti de l'incision de laparotomie.

OBSERVATION 24

Femme, 54 ans.

Appendicite à début occlusif.

Intervention au septième jour, le 19 janvier 1927, sur opposition antérieure de la malade.

Evacuation d'un abcès rétro-cœcal. Appendicectomie. Drains et mèches.

Persistance d'une constipation opiniâtre, avec crises douloureuses passagères.

Le 2 mars, phénomènes d'occlusion complète.

Laparotomie médiane. Coudure intestinale par adhérence du grêle au mésentère.

Libération. Fermeture sans drainage.

Guérison.

OBSERVATION 25

Enfant, 11 ans.

Incision antérieure d'un abcès rétro-cœcal par voie lombaire.

Réintervention le 19 mai 1927.

Incision iliaque. Libération difficile d'un appendice rétro-cœcal et adhérent.

Drains et mèches.

A partir du quatrième jour, arrêt des gaz, puis vomissements les jours suivants et crises douloureuses augmentant chaque jour de fréquence.

Echec du traitement médical.

Laparotomie médiane le 2 juin. Libération d'adhérences au niveau du carrefour iléo-cœcal, mais l'obstacle ne peut être levé.

Anastomose iléo-colique.

Guérison.

OBSERVATION 26

Appendicite aiguë : appendicectomie. Drainage.

Occlusion apparaissant à la troisième semaine.

Iléostomie.

La fistule ne se fermant pas spontanément, une réintervention ultérieure devient nécessaire.

Laparotomie médiane. Dégagement des adhérences péri-iléo-cœcales et après section du bout afférent de l'anus grêle, anastomose termino-latérale dans le bout afférent.

Conservation temporaire de l'anus comme soupape de sûreté.

Réintervention pour cure radicale de la fistule grêle.

OBSERVATION 27

Appendicectomie à chaud.

Au quatrième jour, arrêt des gaz et signes occlusifs se confirmant progressivement.

Devant la gravité de l'état général, la réintervention se borne, au sixième jour, à une fistulisation du grêle.

Pas d'amélioration.

Réintervention : brides de péritonite plastique impossibles à détruire complètement. Anastomose latéro-latérale du grêle.

Guérison.

OBSERVATION 28

M^{me} T. R..., 21 ans.

Appendicite aiguë avec aspect typhique.

Intervention d'urgence le 21 avril 1918, par laparotomie médiane.

Appendicectomy sans enfouissement.

Suites favorables au début.

Au huitième jour, apparition de douleurs diffusées à tout l'abdomen, avec vomissements et ballonnement considérable du ventre. Reptation des anses sous la paroi.

Mais il y a émission de quelques gaz, et on décide de surseoir à l'intervention.

Rechutes intermittentes.

Réintervention le 21 mai. Incisions para-médiane.

Aucune adhérence à la face profonde de la première laparotomie.

On reconnaît l'existence d'un accolement du grêle à la paroi cœcale, exactement au point où a été sectionné l'appendice.

La vitalité de l'anse grêle paraissant douteuse, après décollement, on la met à la paroi et on pratique un drainage à la Witzel.

Suites simples. Fermeture spontanée de la fistule.
Guérison.

OBSERVATION 29

M. T..., 36 ans.

Appendicite aiguë avec péritonite généralisée.

Intervention d'urgence le 5 mars 1923.

Appendicectomie *sans enfouissement*.

Fermeture après drainage.

Suites troublées par des menaces d'occlusion, qui finissent par disparaître le quinzième jour.

Trois ans plus tard, crise occlusive.

Réintervention : long tractus fibreux partant du moignon appendiculaire encore visible et coudant avec une anse grêle.

Résection de la bride. Guérison simple.

CONCLUSIONS

L'occlusion post-appendiculaire, accident redoutable, doit être prévenue avant tout par un certain nombre de précautions avant et au cours de l'intervention.

Ces précautions se résument en : intervention aussi précoce que possible en présence d'une crise appendiculaire ; abstention, au cours des manœuvres opératoires, de toute irritation physique ou chimique de la séreuse péritonéale ; enfin, soin minutieux apporté au traitement du moignon et à l'enfouissement, toutes les fois que celui-ci sera possible.

En présence d'occlusion précoce (dans les huit premiers jours), ne pas trop se hâter d'intervenir : diète, glace sur le ventre, morphine.

L'intervention décidée, si les phénomènes ne s'apaisent pas, pratiquer, suivant les cas, une laparotomie médiane ou latérale et, s'il s'agit d'occlusion par péritonite adhésive, pousser aussi complètement que possible la libération des adhérences.

En cas de doute sur le rétablissement de la perméabilité intestinale, ou en présence d'adhérences impossibles à libérer, pratiquer une entéro-anastomose à distance suffisante du foyer inflammatoire.

Proscrire l'entérostomie comme moyen de traitement *a priori*.

La réserver, de façon absolue, aux cas où l'état trop grave du malade, l'intervention trop tardive, ou l'impossibilité d'utiliser une autre méthode la rendent inévitable.

Pratiquer alors une fistule tangentielle.

Même dans ces cas, toujours tenter de reconnaître la nature et le siège de l'obstacle intestinal.

Pratiquer la cure ultérieure de la fistule aussi rapidement que possible, après avoir libéré l'obstacle au transit.

Dans les occlusions tardives enfin, pratiquer une laparotomie médiane, lever l'obstacle (bride le plus souvent), et, en cas de libération impossible ou insuffisante, pratiquer une entéro-anastomose de dérivation.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — *Recherches expérimentales sur la fistulisation du grêle* (Archives de Gynécologie et de Chirurgie abdominale de 1907).
- AUTEFAGE. — *Occlusion intestinale après ablation de l'appendice* (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie, Paris, 7 déc. 1927).
- AUVRAY. — *A propos de l'occlusion intestinale à la suite de l'appendicite* (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir., Paris, 1924).
- BARANGER (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir., Paris, 13 juin 1928).
- CARAYON. — *Des occl. intest. d'origine appendiculaire* (Thèse, Lyon, 1903-04).
- DUPONT (R.). — *De l'occl. int. précoce après l'opération d'appendicite aiguë* (Paris, 1921).
- FIOLLE et HAYEM (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chirurgie, Paris, 13 juin 1928).
- FOLLIOT. — *Contribution à l'étude des occl. intestinales vraies de cause appendiculaire* (Thèse, Bordeaux, 1904-05).
- FOUGERAT. — *Iléus mécanique après appendicectomie* (Thèse, Bordeaux, 1925).
- GAUDIN. — *Contribution à l'étude des occl. intest. méca-*

niques d'origine appendiculaire (Thèse, Paris, 1913-1914).

HUGUIER et LANOS. — *Deux cas de péritonite avec occlusion aiguë après appendicectomie à froid* (Paris, Chir., 1925).

LACROIX. — *Contribution à l'étude des occlusions intest. post. opératoires* (Thèse, Montpellier, 1922-1923).

LAMY. — *Les occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire* (Thèse, Paris, 1907-1908).

LANGLOIS. — *Des occlusions intestinales post. opératoires* (Thèse, Nancy, 1898).

LENORMANT (Revue Générale, P. M., 1911).

MAISONNET. — *Occlusion intestinale consécutive à une appendicectomie d'urgence* (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1928).

MARION (Revue Générale, G. H., 1900).

MATHIEU. — *Occlusion*.

NÉGRIE. — *Un cas d'occlusion d'origine appendiculaire* (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1924).

OUDARD. — *Quatre cas d'occlusion aiguë consécutive à l'appendicectomie* (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1924).

ROUX-BERGER (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1924).

SAUVE (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1924).

SAVARIAUD (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1924).

STULZ. — *Occlusion intestinale à la suite d'appendicectomie pour appendicite aiguë* (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1924).

VIANNEY. — *Trois cas d'occlusion intestinale survenue peu après une appendicectomie à chaud* (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1927).

VIGNAUD. — *L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale aiguë et chronique* (Thèse, Paris, 1900).

VILLARD. — *De la valeur du péristaltisme intestinal dans le pronostic et le traitement des occlusions post. opératoires* (Lyon Méd., 1912).

VONCKEN. — *Des occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite aiguë* (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, 1927).

VONCKEN. — *Les occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite aiguë* (Archives médicales belges, 1928).

WALTHER (Congrès de Chirurgie, 1911).
